

Estimado (a) Demandante:

Gracias por ponerse en contacto con la Comisión de Derechos Humanos del Condado de Suffolk. Se le pone en conocimiento que la Comisión investiga querellas de discriminación de vivienda basadas en raza, credo, color, sexo, incapacidad física o mental, religión, estado civil y familiar, orientación sexual, edad, y origen nacional.

Por favor tenga en cuenta que hay un tiempo límite para registrar una querrela oficial de discriminación. Por lo tanto, la Comisión le urge que usted llene completamente, firme y devuelva el formulario adjunto inmediatamente. El no enviar toda la información solicitada causará un atraso en el proceso.

La Comisión se pondrá en contacto con usted tan pronto se reciba el formulario y se evalúe el caso.

Sinceramente,

Paulette M. Bartunek
Directora Ejecutiva
Comisión de Derechos Humanos

Adjunto

SUFFOLK COUNTY HUMAN RIGHTS COMMISSION
H. Lee Dennison Building
100 Veterans Memorial Highway
P.O. Box 6100
Hauppauge, New York 11788-0099
(631) 853-5480

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO ANTES DE VENIR A NUESTRA OFICINA.

INFORMACION SUPPLEMENTAL

(CASO DE DISCRIMINACION DE VIVIENDA)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de Trabajo _____

Podemos llamar a su trabajo? Si _____ No _____

1. Por favor indique su:

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Estado Civil: _____ Raza: _____

Orígen Nacional: _____ Sexo: _____

Religión: _____ Educación/Ultimo grado de Educación: _____

2. Nombre y dirección legal de la compañía/organización que discriminó contra usted:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____

3. El nombre(s) y título de la persona o personas en la compañía que le causó problema:

4. Que le hizo la persona o compañía a usted? (por favor marque todo lo que le aplique)

- Desocupación de vivienda
- Se negó a rentarle el apartamento/casa
- Se negó a enseñarle el apartamento/casa
- Se negó a venderle la casa
- Se negó a financiarle la venta
- Otro: _____

5. Le dió la persona o compañía una razón por lo que le hicieron a usted? Cuales fueron la(s) razones?

Describe

6.Cuál cree usted que fué la base o bases reales de discriminación en su contra? Discriminación* fue por...

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Credo/Creencias religiosas | <input type="checkbox"/> Opuso Discriminación | <input type="checkbox"/> Sexo |
| <input type="checkbox"/> Origen Nacional/Antepasados | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Edad |
| <input type="checkbox"/> Condición Física/Mental
(existente o percibida) | <input type="checkbox"/> Hostigamiento Sexual | <input type="checkbox"/> Estado Civil |
| <input type="checkbox"/> Estado Familiar | <input type="checkbox"/> Uso de Animales de Servicio | <input type="checkbox"/> Raza/Color |
| <input type="checkbox"/> Orientación Sexual | <input type="checkbox"/> Otro (explique):_____ | |

***Nota: Si usted cree que la razón no fue por discriminación en su contra, por favor llame a nuestra oficina y pida hablar con un investigador.**

7. La fecha original de discriminación: _____

8. La fecha más reciente de discriminación: _____

9. El condado donde ocurrió la discriminación: _____

10. Ha registrado ésta querrela con alguna otra Agencia o un Tribunal por este mismo caso ? _____

Cual Agencia o Tribunal? _____

11. a) La vivienda que usted buscaba fue: (marque uno) [] Casa [] Apartamento [] Condominio
[] Cooperativa [] Otro
Explique otro: _____

b) Quién discriminó contra usted?

(Marque todos los que apliquen y provea el nombre de cada uno)

___ Encargado _____ ___ Gerente Encargado: _____

___ Dueño: _____ ___ Agente Rentario: _____

___ Vecinos: _____ ___ Agencia de bienes raíces : _____

___ La Cooperativa: _____ ___ Anuncio del periódico: _____

___ Banco/Compañía Financiera: _____

La dirección y número de teléfono de todos los mencionado arriba : _____

c) Cual era el valor/gastos de esta vivienda (casa o apartamento)?

\$ _____ Renta/Hipoteca \$ _____ Valor de compra

\$ _____ Impuestos \$ _____ Deposito de Fianza

\$ _____ Mantenimiento \$ _____ Gastos de cierre

Otros gastos: _____

d) Cual es el salario (antes de impuestos) de todos los incluido en este contrato de vivienda o compra de vivienda? (PRUEBAS necesarias) \$ _____

e) Que otro, y cuanto, dinero tiene usted para el alquiler o compra de esta casa o apartamento?

f) Nombre, edad, y relación suya de todas las personas que estarian o van a estar viviendo en esta vivienda? _____

g) Numero de dormitorios en esta casa o apartamento? _____

h) En que fecha y a donde estaba el anuncio? _____

i) Fecha que le mostraron la vivienda? _____

j) Fecha que usted hizo una oferta? _____

k) Fecha que dio un deposito? _____

l) Fecha que le negaron? _____

Otras fechas y eventos que sucedieron _____

m) Esta vivienda está disponible todavía? _____ Usted todavía la quiere? _____

12. Si tiene algún testigo conteste lo siguiente: **(Use otro papel si es necesario)**

#1 Nombre: _____ Título: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____

De que fue testigo persona #1? _____

#2 Nombre: _____ Título: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____

De que fue testigo persona # 2? _____

13. Que documentos, papeles o registros tiene para comprobar su caso? _____

14. Algo más que nosotros debemos saber? _____

15. Cuales han sido sus pérdidas? (depósito de fianza, gastos de contrato, etc.) Como puede ser su problema resuelto? _____

16. Que solución razonable está buscando usted? _____

17. Nombre, dirección y número de teléfono de una persona que nos pueda informar como comunicarse con usted:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____

18. Quien le refirió a la Comisión de Derechos Humanos del Condado de Suffolk? _____

Yo entiendo que este formulario no es una querrela formal.

Yo solicito que la Comisión de Derechos Humanos del Condado de Suffolk tome cualquier acción que sea necesaria para si investigación, y por ende doy mi autorización para que cualquier información contenida en este formulario ser revelada a cualquier persona que sea necesario. Y también autorizo a la Comisión para que examine mi archivo de trabajo, mi archivo médico o cualquier otro archivo pertinente, y reciba las copias necesarias sobre éste particular, así como para obtener cualquier información que sea requerida en la investigación de éstas alegaciones.

Firma

Fecha